IZJAVA

o doplačevanju oskrbnih stroškov

Podpisani/a _____

EMŠO: _____, Davčna številka: _____

s stalnim prebivališčem _____

zaposlen pri: _____

IZJAVLJAM

da bom (do)plačeval(a) stroške oskrbe v domu za starejše / posebnem socialno varstvenem zavodu za:

_____	_____	_____
ime in priimek	datum rojstva	stalno bivališče

in sicer:

a) Celotne stroške oskrbe od dneva vselitve v dom,

b) Doplačeval(a) k polni ceni oskrbnih stroškov,

v zakonitem roku na osnovi izstavljenega računa, sicer mi bodo zaračunane zakonite zamudne obresti.

To izjavo podajam in podpisujem prostovoljno in se zavedam svojih obveznosti in morebitnih posledic.

Izjavo podal(a)

_____

(podpis)